

Escuche lo que están diciendo nuestras mamás:

*“Creo que esta encuesta es una buena idea. Me alegro de haber sido parte de ella. Espero que mis respuestas y comentarios ayuden a otras que esperan o tendrán un nuevo bebe.”*



*“Estuve muy decepcionada con mi cuidado prenatal, que no les importaba cuando quería empezar mi cuidado prenatal y que juzgaban mi situación por ser una madre joven.”*

*“Espero que las encuestas que están enviando por correo realmente sean una herramienta para crear programas que ayudan y benefician a mujeres que realmente necesitan apoyo durante su embarazo...”*

**PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

ID: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Missing questions: \_\_\_\_\_

Need to telephone: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No Phone number: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

# The LOS ANGELES MOMMY and BABY Survey

**Su Voz, Sus Experiencias,  
Nuestros bebés y mamás saludables**



Llene esta encuesta y reciba una tarjeta GRATIS DE \$25 para Ralphs/Food4Less

**¡Busque más cupones adentro!**

Para más información, o para completar la encuesta por teléfono, por favor llame gratuitamente al personal de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)

**Información Importante Sobre LAMB**  
**Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta**

- LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Salud del condado de Los Ángeles.
- Estamos preguntándoles a mujeres que viven en el condado de Los Ángeles que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tiene la opción de completar la encuesta. El completar la encuesta, no afectara su cuidado médico, estado de inmigración, o cualquier ayuda que usted pueda estar recibiendo.
- Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- Nadie será identificado por nombre en los informes de LAMB. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su encuesta.
- Sus respuestas serán ligadas con la información de la acta de nacimiento de su bebé para ayudarnos a entender cómo sus experiencias del embarazo influyen la salud de su bebé. Si usted ha tenido más de un bebé, sus respuestas se pueden ligar con las actas de nacimiento de sus otros bebés también.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de LAMB será utilizado para ayudar a las madres y los bebés de Los Ángeles.
- Esto es un estudio en progreso. Guardaremos su nombre e información de contacto para contactarla durante los siguientes años encaso de que quiera participar en estudios en el futuro.

**Si tiene preguntas sobre LAMB o si prefiere completar la encuesta por teléfono, por favor llame el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)**

**CALENDARIO DE LAMB**

**2009**

**ENERO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**FEBRERO**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

**MARZO**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**ABRIL**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**MAYO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

**JUNIO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**JULIO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**AGOSTO**

D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**SEPTIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**OCTUBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**NOVIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

**DECIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**2010**

**ENERO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**FEBRERO**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

**MARZO**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**ABRIL**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**MAYO**

D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**JUNIO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**JULIO**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**AGOSTO**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**SEPTIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**OCTUBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

**NOVIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**DECIEMBRE**

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## Preguntas Más Comunes Sobre LAMB

### ¿Qué es LAMB?

LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles. Nuestra encuesta solicita a madres que recientemente dieron a luz acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

### ¿Por qué debería participar en esta encuesta?

LAMB es una encuesta muy importante que ayudará a mejorar la salud de futuras madres y bebés. La encuesta nos ayudará a entender y a resolver mejor las necesidades saludables de madres y bebés del condado de Los Ángeles. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para entender mejor la salud de madres y bebés en el condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste a las preguntas en esta encuesta.

### ¿Algunas de las preguntas no parecen ser relacionadas con el embarazo— Por que son preguntadas?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes, durante, y después del embarazo. Las preguntas también nos permiten que le agrupemos con otras mujeres. Aunque algunas de las preguntas pueden ser personales, recuerde por favor que todas sus respuestas serán privadas.

### ¿Cómo fui escogida para participar en LAMB?

Su nombre fue seleccionado por azar, como en la lotería, de las actas de nacimiento del registro del estado. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

### ¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea que le mandemos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

### ¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB?

Sería un placer contestar cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB. Llámenos por favor a nuestro número gratis 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262). También puede llamar al mismo número si prefiere completar la encuesta por teléfono.

**La fecha de hoy**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes      día      año

**Su fecha de nacimiento**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes      día      año

**Piense en el tiempo antes de embarazarse con su nuevo bebé. Las preguntas 1-23 se tratan acerca el tiempo justo antes de su último embarazo.**

- 1. Antes de su último embarazo, ¿tenía usted algún tipo de seguro médico?**  
Sí ... 1  
No ... 0 → **PASE A LA PREGUNTA #3**
- 2. Antes de su último embarazo, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?**  
Medi-Cal ... 1  
Aseguranza Privada ... 2  
Otra ... 3  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_
- 3. En los seis meses antes de que se embarazara con su nuevo bebé, ¿hablo con un doctor, enfermera, o otro trabajador del cuidado médico para prepararla a tener un embarazo y un bebé saludable?**  
Sí ... 1  
No ... 0 → **PASE A LA PREGUNTA #5**
- 4. Díganos porque visito a un doctor, enfermera, o trabajador de cuidado médico para prepararla para este bebé. **Marque todas las que aplican.****  
Pensaba que hablar con un doctor o enfermera me ayudaría a tener un embarazo saludable ... 1  
Tenía un problema médico crónico ... 2  
Tuve problemas durante mi último embarazo ... 3

- Esperaba embarazarme ... 4  
Alguien me animo a ver a un doctor o a una enfermera ... 5  
→ **PASE A LA PREGUNTA #6**
- 5. Díganos porque no vio a un trabajador de cuidado médico para prepararla para este bebé. **Marque todas las que aplican.****  
Ya sabía cómo prepararme para un embarazo ... 1  
No esperaba embarazarme ... 2  
No tenía suficiente dinero o aseguranza para pagar por mi consulta médica ... 3  
Regularmente no tenía un doctor o enfermera con quien hablar ... 4  
No tenía ninguna manera de ir a la clínica o la oficina del doctor ... 5  
No podía tomar tiempo del trabajo ... 6  
No tenía nadie quien cuidara a mis niños ... 7  
Tenía demasiadas otras cosas sucediendo a la vez ... 8  
No podía encontrar un doctor o enfermera quien hablara mi idioma ... 9  
Otra razón ... 10  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
→ **PASE A LA PREGUNTA #8**

Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono.

En el espacio abajo, por favor escriba su nombre, domicilio, y número de teléfono y el nombre, domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (en caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta y asegurarnos que tenemos su domicilio actual para enviar su certificado de Ralphs/Food4Less. Recibirá su certificado de Ralphs/Food4Less si usted envía la encuesta completa o nos llama para completar la encuesta por teléfono.

Marque aqui si sé va a mudar a un nuevo domicilio y escriba su nueva dirección.

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo mejor para llamarle? \_\_\_\_\_

Otro amigo/familiar: \_\_\_\_\_

Otro domicilio: \_\_\_\_\_

Otro teléfono: (    ) \_\_\_\_\_



**\*\*Attention LAMB Staff: Tear out this page before entering data\*\***

92. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares en **2009** antes de pagar impuestos? Por favor de marcar el número abajo que incluye sus ingresos en total, incluyendo sus ingresos y los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en **2009**) y sus hijos.

**Por favor incluya ingresos de todas partes, incluyendo trabajo, bienestar social (“welfare”), seguro de incapacidad, seguro de desempleo, pagos por el mantenimiento infantil (“child support”), intereses, dividendos y ayuda por parte de familiares.**

- |                             |                            |                             |                             |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Menos de \$20,000 . . . . . | <input type="checkbox"/> 1 | \$60,000-\$99,999 . . . . . | <input type="checkbox"/> 4  |
| \$20,000-\$39,999 . . . . . | <input type="checkbox"/> 2 | Más de \$100,000 . . . . .  | <input type="checkbox"/> 5  |
| \$40,000-\$59,999 . . . . . | <input type="checkbox"/> 3 | No sé . . . . .             | <input type="checkbox"/> 89 |

93. ¿Cuántas personas vivieron en esos ingresos en **2009**?

\_\_\_\_\_ Número total de personas

**Si quiere escribir algunos comentarios sobre esta encuesta, sus experiencias del cuidado prenatal, su embarazo, o cualquier otra cosa, por favor hágalos en el espacio abajo.**

---



---



---



---

**Este es el final de la encuesta.**

Por favor ponga la encuesta en el sobre porte pagado con nuestra dirección que hemos provisto, y envíelo a:

**Los Angeles Mommy and Baby Survey  
Maternal, Child and Adolescent Health Programs  
600 S. Commonwealth, Suite 800  
Los Angeles, CA 90005**

Muchas gracias por su ayuda.

Su contribución va a ayudarnos a mejorar la salud de las madres y los bebés en el Condado de Los Ángeles.

\*\* Usted Recibirá su certificado de regalo para las Supermercados Ralphs/Food4Less con el valor de \$25 aproximadamente en 2 a 3 semanas después de que recibamos su encuesta. \*\*

6. ¿Adónde fue a hablar con un doctor, enfermera, o otro trabajador de cuidado médico para prepararse para el embarazo?  
**Marque todas las que aplican.**

- Oficina de médico privado . . . . . 1
- Plan de Asistencia Médica (HMO)  
Por ejemplo, Kaiser . . . . . 2
- Clínicas de la comunidad/  
clínicas gratuitas . . . . . 3
- Clínica para planificación familiar . . . 4
- Otros sitios . . . . . 5

7. Piense en las ocasiones cuando vio a un doctor o a una enfermera en los **seis meses antes** de embarazarse. ¿Le hablaron sobre los siguientes temas para prepararla a embarazarse?

- a. Multivitaminas . . . . . s N
- b. Aumento de peso sano para el embarazo . . . . . s N
- c. Inmunizaciones . . . . . s N
- d. Nutrición sana (comer saludable) . . . . . s N
- e. El parar de fumar . . . . . s N
- f. El control de su nivel de azúcar en la sangre . . . . . s N
- g. El control de su presión en la sangre arterial . . . . . s N
- h. El cuidado de mis condiciones medicas (e.g., asma, anemia) . . s N
- i. El cuidado de sus encías y dientes s N
- j. Violencia doméstica . . . . . s N
- k. Ansiedad o depresión . . . . . s N
- l. Métodos anticonceptivos . . . . . s N

- m. Asesoramiento genético . . . . . s N
- n. La exposición al plomo y mercurio . . . . . s N

8. En los **seis meses antes** de embarazarse, ¿tuvo problemas con lo siguiente?  
**Marque todas las que aplican.**

- Depresión . . . . . 1
- Ansiedad . . . . . 2
- Presión alta (hipertensión) . . . . . 3
- El nivel de azúcar estaba alto (diabetes) . . . . . 4
- Anemia (falta de hierro) . . . . . 5
- Problemas cardíacos . . . . . 6
- Problemas con sus encías o dientes . . . 7
- Asma . . . . . 8
- Comió menos de lo que debía porque no había suficiente dinero para comprar comida . . . . . 9

9. En los **seis meses antes** de que usted descubriera que estaba embarazada con su nuevo bebé ¿en promedio, cuántos cigarrillos fumó al día? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No fumaba . . . . . 1
- Menos de un cigarrillo . . . . . 2
- 1 a 5 cigarrillos . . . . . 3
- 6 a 10 cigarrillos . . . . . 4
- 11 a 20 cigarrillos . . . . . 5
- 21 a 40 cigarrillos . . . . . 6
- 41 cigarrillos o más . . . . . 7

10. Durante el **mes antes** de su embarazo con su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una vitamina con ácido fólico o multivitaminas?

Yo no tome ninguna ..... 1

Ocasionalmente ..... 2

1 a 3 veces a la semana ..... 3

4 a 6 veces a la semana ..... 4

Todos los días de la semana ..... 5

11. Algunos expertos de la salud recomiendan tomar el ácido fólico antes y durante el principio del embarazo. Lo que sigue es una lista de posibles razones para tomar ácido fólico. **Marque todas las que aplican.**

Para hacer los huesos fuertes ..... 1

Para prevenir defectos de nacimiento . . 2

Para prevenir la presión arterial alta . . 3

Para prevenir la anemia ..... 4

No sé ..... 5

12. Piense en el tiempo **tres meses antes** de que se embarazara. ¿Estaba tratando de embarazarse? **Marque una respuesta.**

Sí ..... 1

Sí, pero no estaba tratando muy duro . . 2

Estaba tratando seriamente de prevenir quedar embarazada ..... 3

No estaba tratando de quedar embarazada o tratando de prevenir un embarazo . . 4

13. Cuándo quedó embarazada con su nuevo bebé, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Sí, siempre ..... 1 } **PASE A LA PREGUNTA #14**

Sí, a veces ..... 2 }

No ..... 3 → **PASE A LA PREGUNTA #15**

14. ¿Con que se cuidaban usted o su esposo o pareja para evitar el embarazo? **Marque todas las que aplican.**

La píldora anticonceptiva ..... 1

Condomes ..... 2

Inyección (Lunelle® o Depo-Provera®) 3

Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) . . 4

Método del ritmo o planificación familiar natural ..... 5

El hombre se retiraba ..... 6

Anillo vaginal (Nuva Ring®) ..... 7

Dispositivo intrauterino (Mirena® o ParaGard®) ..... 8

Otro ..... 9

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

→ **PASE A LA PREGUNTA #16**

**La pregunta a continuación preguntará acerca de sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Por cada caso, favor de marcar con qué frecuencia se ha sentido o ha pensado de cierta manera.**

85. En el **último mes**, ¿cuántas veces te has sentido:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
-------	------------	---------------	----------	--------------

a. Usted no podía controlar las cosas importantes en su vida?  
1    2    3    4    5

b. La confianza de su capacidad para manejar sus problemas personales o dificultades?  
1    2    3    4    5

c. Las dificultades se le acumularon tan alto que no podía superarlas?  
1    2    3    4    5

d. Qué las cosas iban a su favor?  
1    2    3    4    5

**Las siguientes preguntas nos dan una idea sobre el tipo de personas que han tomado parte en esta importante encuesta. Toda la información se mantendrá privada.**

86. ¿Cuánto mide usted de altura sin zapatos?

\_\_\_\_\_ Pies y \_\_\_\_\_ Pulgadas

**O** \_\_\_\_\_ Centímetros

87. Justo **antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé ¿cuánto pesaba usted?

\_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

88. Justo **antes** de que naciera su bebé, ¿cuánto pesaba usted?  
\_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

89. ¿Nació usted en los Estados Unidos?

Sí ..... 1

No ..... 0

**Por favor díganos donde nació:**

\_\_\_\_\_

90. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

\_\_\_\_\_ Años **O** \_\_\_\_\_ Meses

91. ¿Qué idioma habla en la casa usualmente? **Marque todas las que aplican.**

Inglés ..... 1

Español ..... 2

Idioma asiático ..... 3

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

Algún otro idioma ..... 4

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

82. Díganos que tan de acuerdo está o no esta con cada de las siguientes declaraciones acerca este vecindario. Responda por el vecindario donde vivió la **mayoría** de tiempo durante su embarazo.

Está de acuerdo que gente en su vecindario:

- |  | Nada de acuerdo            | No estoy de acuerdo        | Neutral                    | Estoy de acuerdo           | Muy de acuerdo             |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Están dispuestos a ayudar a sus vecinos? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿Este es un vecindario unido?             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Pueden ser de confianza?                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Generalmente no se llevan bien?          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿No comparten los mismos valores?         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

83. Que tan frecuente en su vecindario:

- |  | Nunca                      | Casi nunca                 | Algunas veces              | A menudo                   | Muy a menudo               |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Se hacen favores uno al otro?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o trabajo? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitados?         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Se visitan en casa de vecinos o en la calle?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿Se vigilan la propiedad uno a al otro?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

84. Como clasificaría esta vecindad en termino de:

- |   | Muy desfavorable           | Desfavorable               | Neutral                    | Favorable                  | Muy favorable              |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Protección por parte de la policía?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿Protección de propiedad?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Seguridad de violencia?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Personas amigables?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿Limpieza?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. ¿Tranquilidad?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. ¿Calidad de escuelas?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. ¿La disponibilidad de parques, patios recreativos o banquetas?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| i. ¿Servicios municipales (e.g. servicios de recolección de basura, reparación de las calles, librerías, servicio de agua)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| j. ¿La disponibilidad de los lugares para comprar frutas frescas y vegetales cuando usted lo desea?                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

15. ¿Cuáles fueron las razones porque usted o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo?  
**Marque todas las que aplican.**

- No me importaba si quedaba embarazada .....1
- Quería un bebé / estaba tratando de quedar embarazada .....2
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento .....3
- El método anticonceptivo que usaba me producía efectos secundarios .....4
- Tenía dificultades consiguiendo anticonceptivos cuando los necesitaba .....5
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo no podíamos embarazarnos .....6
- Mi esposo o pareja no quería usar nada 7
- No podía comprar anticonceptivos ...8
- Otra razón .....9

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

16. **Antes** de embarazarse con su nuevo bebé, ¿había usado la contracepción de emergencia (“píldora del día siguiente”)? Esta combinación de píldoras se utiliza para prevenir el embarazo hasta 5 días después del sexo desprotegido.

- No .....1
- No, no sabía que era la contracepción de emergencia .....2
- Sí .....3
- ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

17. Pensando en el tiempo justo **antes** de que quedara embarazada con su nuevo bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada?  
**Marque una respuesta.**

- Quería estar embarazada más pronto . . .1
- Quería estar embarazada en el futuro . . .2
- Quería estar embarazada en ese momento . . . . .3
- No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca . . . . .4

18. Justo **antes** de embarazarse con su nuevo bebé, ¿qué pensaba su esposo o pareja del que usted quedara embarazada?

- Él quería que me embarazara más pronto . . . . .1
- Él quería que me embarazara más tarde . . . . .2
- Él quería que estuviera embarazada en ese momento . . . . .3
- Él no quería que estuviera embarazada ni en ese momento ni nunca . . . . .4
- No tenia marido ni pareja . . . . .5
- No sé . . . . .6

19. ¿Cómo se sintió usted cuando descubrió que estaba embarazada con su nuevo bebé? Estaba usted:

- Muy infeliz . . . . .1
- Algo infeliz . . . . .2
- Se sintió neutral . . . . .3
- Algo feliz . . . . .4
- Muy feliz . . . . .

20. ¿Le ayudó un doctor a embarazarse con su nuevo bebé (como con medicamentos para fertilidad o tecnología de reproducción asistida)?

Sí ..... <sub>1</sub>  
 No ..... <sub>0</sub>

21. **Antes** de que se embarazara con su nuevo bebé, ¿cuántas veces había estado embarazada? **Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluso malpartos o abortos.**

\_\_\_\_\_ Veces

22. **Antes** de su nuevo bebé, ¿cuántas veces había dado luz? **Incluya por favor nacimientos vivos y partos muertos, pero NO CUENTE malpartos o abortos.**

\_\_\_\_\_ Veces \_\_\_\_\_ Número total de niños

¿Cuales son sus edades?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

23. **Antes** de su último embarazo, ¿alguna vez tuvo lo siguiente?

- a. Un bebé que nació prematuramente (más de 3 semanas antes de la fecha programada) ..... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- b. Un bebé que pesó menos de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) ... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- c. Malparto (un bebé que murió antes de las 20 semanas de embarazo) ... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- d. Aborto intencional ..... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- e. Parto muerto (un bebé que murió antes de nacer) ..... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- f. Un bebé que murió antes de 1 año de edad ..... <sub>S</sub> <sub>N</sub>
- g. Un bebé que nació con un defecto <sub>S</sub> <sub>N</sub>

**Por favor díganos cual(es) defecto(s) tenía su bebé (bebés):**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

79. Si usted ha sido tratada injustamente, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)

Habla acerca de esto con otras personas ... <sub>1</sub> Se lo guarda para sí misma ..... <sub>2</sub>

80. ¿Alguna vez se ha sentido discriminada, o que le previnieron hacer algo, o que la molestaron o la hicieron sentirse inferior en cualquier de las siguientes situaciones por su **raza o color, estado migratorio, edad, ingresos, porque es mujer, porque estaba embarazada, o idioma?** Marque todas las que aplican.

	Raza/ Color	Estado Migratorio	Edad	Ingresos	Por ser Mujer	Porque estaba Embarazada	Por mi Idioma
En la escuela	..... <input type="checkbox"/>						
Consiguiendo trabajo	<input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
En el trabajo	..... <input type="checkbox"/>						
Consiguiendo cuidado medico	..... <input type="checkbox"/>						
Consiguiendo una vivienda	..... <input type="checkbox"/>						
Por la policía/ en corte	..... <input type="checkbox"/>						
En tiendas o restaurantes	..... <input type="checkbox"/>						
Nunca	..... <input type="checkbox"/>						

**Estas preguntas son acerca de la vecindad donde vivió durante su embarazo más reciente. Responda acerca de la vecindad donde vivió la mayoría de tiempo durante su último embarazo.**

81. ¿Por cuánto tiempo a vivido en esta vecindad? Por favor cuente el número **total** de meses o años **antes y durante** su embarazo más reciente de cuando vivió en esta vecindad.

\_\_\_\_\_ Años  \_\_\_\_\_ Meses

72. Esta pregunta es sobre cosas que pueden haber pasado **después** que su bebé nació. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si le paso o **N (No)** si no le paso.

- a. Su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente o de cualquier otra forma . . . . .  Sí  No
- b. Su esposo o pareja trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar o donde podía ir . . . . .  Sí  No
- c. Tuvo miedo de su esposo o pareja . . . . .  Sí  No
- d. En varias ocasiones fue insultada verbalmente, le dijo que usted no era nadie, que era fea, o fue amenazada verbalmente por su esposo o pareja . . . . .  Sí  No
- e. Su esposo o pareja la forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir incomoda) . . . . .  Sí  No

73. En los meses **después** del nacimiento de su nuevo bebé, diría que estuvo:

- Nada deprimida . . . . .  1
- Un poco deprimida . . . . .  2
- Moderadamente deprimida . . . . .  3
- Muy Deprimida . . . . .  4

74. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo en **este** momento para prevenir el embarazo?

- Sí . . . . .  1
- No . . . . .  0

75. ¿Usted o otro miembro de la familia actualmente **está** leyendo o viendo libros con su nuevo bebé?

Sí  1 → PASE A LA PREGUNTA #77

No . . . . .  0

76. Si usted o otros miembros de la familia no está viendo actualmente los libros con su nuevo bebé, ¿a qué edad piensa usted comenzar a leer o a ver libros con su nuevo bebé?

3-11 meses . . . . .  1

1-2 años . . . . .  2

3-4 años . . . . .  3

5 años o más . . . . .  4

Yo probablemente no voy a leerle a mi bebé/niño . . . . .  5

→ PASE A LA PREGUNTA #78

77. **Durante** la última semana, ¿cuántos días usted o otros miembros de la familia leyó o vio libros con su bebé?

No leí al bebé esta semana . . . . .  0

1-3 días esta semana . . . . .  1

4-7 días esta semana . . . . .  2

**En esta sección se le preguntará acerca de cómo usted, y otros como usted, son tratados, y cómo usted responde típicamente.**

78. Si usted siente que ha sido tratado de manera injusta, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)

Lo toma como un hecho de la vida . . .  1

Trata de hacer algo al respecto . . . . .  2

**Ahora piense en las cosas que le sucedieron cuando estuvo embarazada con su nuevo bebé.**

24. El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las preguntas siguientes son sobre eventos que le pudieron haber sucedido **durante** su embarazo más reciente. Marque **S (Sí)** si le sucedió o **N (No)** si no le sucedió. *Puede ayudarlo a ver el calendario en la parte posterior de la encuesta.*

a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . . .  S  N

b. Me separé o divorcí de mi esposo o pareja . . . . .  S  N

c. Me mudé a otra dirección . . .  S  N

d. No tenía un hogar donde vivir .  S  N

e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo . . . . .  S  N

f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando . . . .  S  N

g. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal . . .  S  N

h. Tenía muchas cuentas que no podía pagar . . . . .  S  N

i. Me peleé físicamente con otra persona . . . . .  S  N

j. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel . . . . .  S  N

k. Alguien muy cercano a mi tuvo un problema grave con alcohol o droga . . . .  S  N

l. Alguien muy cercano a mi falleció . . . . .  S  N

m. Estuve en un accidente de coche  S  N

n. ¿Le paso algunas otras cosas serias durante su embarazo? . . . . .  S  N

25. Lo que sigue es una lista de diferentes maneras como se pudo haber sentido **durante** su último embarazo. Por cada pregunta, elija de las siguientes opciones: Nunca, A veces, A menudo, Siempre. **Durante** su embarazo más reciente, ¿qué seguido:

<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
--------------	----------------	-----------------	----------------

a. Se sintió muy nerviosa?  1  2  3  4

b. Se sintió calmada y tranquila?  1  2  3  4

c. Se sintió triste?  1  2  3  4

d. Fue una persona feliz?  1  2  3  4

e. Se molesto sobre algo que paso inesperadamente?  1  2  3  4

f. Se sintió que no podía controlar cosas importantes en su vida?  1  2  3  4

g. Sintió que las cosas iban a su manera?  1  2  3  4

h. Sintió que sus dificultades se le estaban amontonando tanto que no podía superarlas?  1  2  3  4

i. Se sintió tan mal que nada podía animarla?  1  2  3  4

26. Lo que sigue es una lista de declaraciones acerca de cómo se sintió **durante** su último embarazo. Por cada artículo abajo, elija de los siguiente:

- |    |   |                            |                            |                            |                            |
|----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|    | Nada de acuerdo   | No estoy de acuerdo        | Neutral                    | Estoy de acuerdo           | Muy de acuerdo             |
| a. | Sentí que era una persona con valor, por lo menos igual a otras personas. |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. | Era capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de otras personas.  |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. | En general, estaba satisfecha con mi misma.                               |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. | Tenía poco control sobre las cosas que me sucedían.                       |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. | Sinceramente no tenía ninguna manera de arreglar los problemas que tenía. |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. | A veces sentí que la vida está abusando de mí.                            |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. | Podía hacer casi cualquier cosa que me disponía hacer.                    |                            |                            |                            |                            |
|    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

27. **Durante** su embarazo más reciente, ¿trabajo fuera de casa?

Sí . . . . . 1

Sí paro de trabajar antes de dar a luz a su bebé, ¿durante cual semana de su embarazo paro?

\_\_\_\_\_ Semana

No . . . . . 0 → SI NO, PASE A LA PREGUNTA #29

28. **Durante** su embarazo más reciente, ¿hizo las siguientes cosas regularmente en el trabajo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si lo hizo o **N (No)** si no lo hizo.

- a. ¿Trabajo más de 40 horas por semana? . . . . . S N
- b. ¿Trabajo parada o camino por más de 3 horas al día? . . . S N
- c. ¿Levanto o cargo más de 25 libras en el trabajo? . . . . . S N
- d. ¿Trabajo el turno de noche por lo menos una vez por semana? S N

29. Bastantes mujeres encuentran los **últimos tres meses** del embarazo difícil. Piense en que tan activa fue durante este tiempo. ¿Qué tan seguido participó en alguna actividad física o ejercicio por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminar, nadar, montar en bicicleta, bailar, o trabajar en el jardín). No cuente ejercicio que pudo haber hecho regularmente como parte del trabajo.

No ejercité . . . . . 1

No ejercité, porque un doctor, enfermera, o trabajador del cuidado médico me advirtió no hacer ejercicio . . . . . 2

Menos de 1 día por semana . . . . . 3

1 a 4 días por la semana . . . . . 4

5 o más días por la semana . . . . . 5

67. ¿A tenido su bebé un chequeo médico del bien-bebé? (Es una visita médica para su bebé usualmente a los 2, 4, y 6 meses de edad).

Sí . . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #69

No . . . 0

68. ¿Le impidió cualquiera de las siguientes cosas en obtener un chequeo del bien-bebé? **Marque todas las que aplican.**

No pude conseguir una cita . . . . . 1

Mi bebé estaba muy enfermo para ir a su cuidado rutinario . . . . . 2

No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo . . . 3

Otra razón . . . . . 4

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

69. **Después** de dar a luz a su bebé, ¿regreso con un doctor o clínica médica para un chequeo? (Esta es una vista médica regular para las mamás usualmente a las 6 semanas después del parto).

Sí . . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #71

No . . . 0

70. ¿Cuales fueron las razones por las que no fue a ver a un doctor o enfermera para un chequeo médico después de dar luz?

**Marque todas las que aplican.**

Me sentí bien . . . . . 1

No pensé que necesitaba un chequeo . . 2

No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo . . . . . 3

Tenía demasiadas otras cosas que hacer 4

Estaba muy ocupada con mi bebé . . . . 5

Otra razón . . . . . 6

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

→ PASE A LA PREGUNTA #72

71. **Durante** el chequeo médico, ¿le hablo su doctor o enfermera acerca de lo siguiente? **Marque todas las que aplican.**

a. Métodos anticonceptivos . . . . S N

b. La leche materna . . . . . S N

c. Como poner a dormir a su bebé S N

d. Perder el peso subido durante el embarazo . . . . . S N

e. Controlar su nivel de azúcar en la sangre . . . . . S N

f. Cuidando la presión de sangre S N

g. Violencia doméstica/abuso de niños . . . . . S N

h. Ansiedad . . . . . S N

i. Depresión . . . . . S N

j. El parar de fumar . . . . . S N

k. El parar de tomar . . . . . S N

l. El parar de usar drogas . . . . . S N

m. Exposición de niños al plomo . S N

60. ¿Cuáles fueron las razones porque paro de dar pecho? **Marque todas las que aplican.**

- Tuve problemas dándole pecho . . . . . 1
- La leche materna solamente no satisfacía a mi bebé . . . . . 2
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche . . . . . 3
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados, o sangrados . . . . . 4
- Regrese al trabajo o la escuela . . . . . 5
- No me gusto amamantar . . . . . 6
- Mi familia y/o pareja no quisieron que amamantara . . . . . 7
- Otro . . . . . 8

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

61. ¿Le dio un doctor o una enfermera ayuda o apoyo para amamantar?

- a. Durante sus visitas prenatales . . . . . S N
- b. En el hospital después de que nació su bebé . . . . . S N
- c. Durante la consulta del bien-bebé . . . . . S N

62. La **mayoría** del tiempo, ¿cómo acuesta a dormir a su bebé? **Marque una respuesta.**

- De lado . . . . . 1
- Boca arriba . . . . . 2
- Boca abajo . . . . . 3

63. ¿Con qué **frecuencia** duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara la vez
- 5 Nunca

} **PASE A LA PREGUNTA #64**  
}  
} **PASE A LA PREGUNTA #65**  
}

64. ¿Cuáles son las razones del porque su bebé duerme con usted o con otra persona? **Marque todas las que aplican.**

- No tengo una cuna para mi bebé . . . . . 1
- Es parte de mi cultura / tradición . . . . . 2
- Quiero una unión más cercana con mi bebé . . . . . 3
- Es más fácil amamantar a mi bebé . . . . . 4
- Otra razón . . . . . 5

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

65. ¿En promedio, como cuántas horas al día esta su bebé en el mismo cuarto con alguien que esta fumando?

\_\_\_\_\_ Horas

66. **Antes** de salir del hospital, ¿registro a su nuevo bebé en un programa de aseguranza de salud, come el Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, o una aseguranza privada?

- Sí . . . . . 1
- No . . . . . 0

30. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba usted cada día **después** de que se enteró que estaba embarazada? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos).

- No fumaba . . . . . 1
- Menos de un cigarrillo . . . . . 2
- 1 a 5 cigarrillos . . . . . 3
- 6 a 10 cigarrillos . . . . . 4
- 11 a 20 cigarrillos . . . . . 5
- 21 a 40 cigarrillos . . . . . 6
- 41 cigarrillos o más . . . . . 7

31. **Durante** su embarazo más reciente, en promedio, ¿cuántas horas por día, estaba en el mismo cuarto con una persona que estaba fumando?

\_\_\_\_\_ Horas

32. ¿Uso usted algunas de estas drogas durante su embarazo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si la usó o **N (No)** si no la usó.

- a. Medicamentos (no recetados por su doctor) . . . . . S N
- b. Medicamentos (comprados sin receta medica) . . . . . S N
- c. Mota (pot, brote/retoño) o hachís (hash) . . . . . S N
- d. Anfetamina (drogas estimulantes ice, speed, cristal, crack) . . . . . S N
- e. Cocaína (rock, coke, rajaduro/quebradura) o heroína (smack, horse) . . . . . S N
- f. Tranquilizante (downers, ludes) o alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis) . . . . . S N
- g. Inhalantes como gasolina, pegamento, o otros aerosole . . . . . S N

33. ¿Usted bebió alcohol **durante** su embarazo más reciente? Por ejemplo cerveza, vino, champaña, licor fuerte, o una bebida mixta hecha con licor.

- Sí . . . . . 1
- No . . . . . 0

34. Algunas mujeres encuentran que el embarazo es un tiempo difícil económicamente. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante dinero para comprar alimentos?

- Sí . . . . . 1
- No . . . . . 0

**Las preguntas siguientes (35-38) se tratan sobre su relación con el padre o su pareja de su último bebé.**

35. Cuándo nació su bebé, ¿estaba casada con el padre del bebé?

- Casada . . . . . 1
- Separada o divorciada . . . . . 2
- Viuda . . . . . 3
- Nunca casados pero viviendo juntos . . . 4
- Nunca casados pero viviendo aparte . . 5

36. ¿Que a **menudo** tenia desacuerdos o discusiones con el padre del bebé sobre lo siguiente?
- a. **Dinero**  
 NUNCA     A VECES     FRECUENTE
- b. **Sobre pasando tiempo juntos**  
 NUNCA     A VECES     FRECUENTE
- c. **Sobre sexo**  
 NUNCA     A VECES     FRECUENTE
- d. **El alcohol o el uso de las drogas**  
 NUNCA     A VECES     FRECUENTE
- e. **Sobre siendo fiel una al otro**  
 NUNCA     A VECES     FRECUENTE

37. **Durante** su embarazo más reciente, ¿hizo el padre del bebé o su pareja lo siguiente?
- a. Me dio dinero o compró cosas para mi . . . . . S    N
- b. Me ayudó de otras maneras, tales como llevándome al doctor o ayudándome con las tareas de la casa . . . . . S    N
- c. Me ayudo emocionalmente durante mi parto . . . . . S    N
- d. Me visitó a mi y al bebé en el hospital después del alumbramiento . . S    N
- e. Deseaba ponerle su nombre en el acta de nacimiento del bebé como el padre . . . . . S    N
- f. Dijo que deseaba estar involucrado en criar a nuestro niño en los años venideros . . . . . S    N
- g. Me pego o cacheteo cuando estaba enojado . . . . . S    N
- h. Me insulto o critico mis ideas . S    N
- i. Me amenazo o me hizo sentir insegura en alguna manera . . . . . S    N
- j. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la cólera que tenía el padre de mi bebé o por las amenazas que él hacía . . . . . S    N
- k. El padre de mi bebé trató de controlar mis actividades, por ejemplo, controlaba con quien podría hablar o a donde podía ir . S    N
- l. El padre de mi bebé me forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando yo no quería (incluyendo caricias que me hicieron sentir incomoda) . . . S    N

53. ¿Cómo describiría usted su salud **durante** su embarazo?
- Excelente . . . . . 1
- Muy Buena . . . . . 2
- Buena . . . . . 3
- Justo o un poco mal . . . . . 4
- Pobre o mal . . . . . 5

**Las preguntas siguientes son sobre el tiempo después de que su nuevo bebé nació.**

54. ¿Está su bebé vivo ahora?
- Sí . . . . . 1
- No . . . . . 0
- Si su bebé falleció, por favor acepte nuestra condolencia más profunda usted y su familia. Por favor, no dude en llamarnos si nos necesita.  
 Llámenos al 1-866-706-LAMB (5262).
55. Queremos saber cómo se sentía sobre el cuidado que recibió en el hospital **durante** su parto más reciente. En general, ¿qué opina usted del hospital donde dio a luz a su nuevo bebé?
- Excelente . . . . . 1
- Muy bueno . . . . . 2
- Bueno . . . . . 3
- Justo o un poco mal . . . . . 4
- Pobre o mal . . . . . 5

56. ¿Dio en adopción a su bebé **después** de dar a luz?
- Sí . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #69
- No . . 0

57. ¿Amamantó o alimentó con leche materna a su nuevo bebé **después** del parto?
- Sí . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #59
- No . . 0

58. ¿Cuáles fueron las razones por las que no amamantó a su nuevo bebé?  
**Marque todas las que aplican.**
- Mi bebé estaba enfermo y no podía darle pecho . . . . . 1
- Estaba enferma y no pude darle pecho . . 2
- Tenía demasiado que hacer . . . . . 3
- No me gusta amamantar . . . . . 4
- Regrese al trabajo o la escuela . . . . . 5
- Mi familia y/o pareja no quisieron que amamantara . . . . . 6
- Otro . . . . . 7
- Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

→ PASE A LA PREGUNTA #61

59. ¿Cuántas semanas o meses dio pecho o se saco leche materna para alimentar a su bebé?
- \_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses
- Menos de 1 semana . . . . . 1
- Todavía estoy dando pecho . . . . . 2

↳ PASE A LA PREGUNTA #61

49. **Durante** su embarazo más reciente, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios?

- a. WIC S N No necesitaba
- b. Clases de Parto S N No necesitaba
- c. Clases para nuevos padres S N No necesitaba
- d. Ayuda para dejar de fumar S N No necesitaba
- e. Visitas a su casa por una enfermera o trabajador del cuidado médico S N No necesitaba
- f. Estampillas para alimento S N No necesitaba
- g. CalWORKS (welfare) S N No necesitaba

50. ¿Tuvo algunos de estos problemas **durante** su último embarazo?

- a. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia, o toxemia) S No
- b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó *durante* este embarazo S No
- c. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) S No
- d. Rotura de la fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) S No
- e. Restricción de crecimiento fetal (mi bebé no creció adecuadamente) S No
- f. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage) S No
- g. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) S No

- h. Infección bacteriana de la vagina S No
- i. Infección Sexual S No
- j. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) S No
- k. Tuvo la gripe S No
- l. Severas náuseas, vómitos o deshidratación S No
- m. Problemas con sus dientes o encías (enfermedad periodoncial) S No
- n. La mandaron reposar en cama S No

51. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes **durante** su embarazo más reciente. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si es cierto y **N (No)** si no es cierto.

- a. Yo necesitaba ver a un dentista para un problema. S No
- b. Fui a un dentista o a una clínica dental. S No
- c. Un dentista o un trabajador de la salud habló conmigo acerca de cómo cuidar mis dientes y encías. S No
- d. Tuve una limpieza de dientes en el último año. S No

52. Por **dos semanas o más durante** su embarazo más reciente usted:

- a. ¿Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día? S No
- b. ¿Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, o otras cosas que normalmente disfrutaba? S No

38. ¿En general, que tan satisfecha estuvo con el respaldo que le dio el padre del bebé **durante** su último embarazo?  
**Marque una respuesta.**

- Nada satisfecha 1
- Algo descontenta 2
- Neutral 3
- Algo satisfecha 4
- Muy satisfecha 5
- No aplicable 6

39. **Durante** su embarazo más reciente ¿usted habría conseguido esta clase de ayudas si usted la hubiera necesitado?

- a. Alguien quien me prestara \$50 S N
- b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama S N
- c. Alguien quien me llevara a la clínica o al doctor si necesitaba transporte S N
- d. Quien me diera alojamiento S N
- e. Alguien quien me ayudara con el cuidado de niños S N
- f. Alguien quien me ayudara con los quehaceres en la casa S N
- g. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas S N

**Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos y consejos sobre el embarazo que recibió durante su embarazo más reciente. Puede ayudarlo ver el calendario en la parte de atrás de esta encuesta.**

40. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera visita para recibir cuidado prenatal? Sin contar la visita sólo para hacerse la prueba del embarazo o para WIC (El Programa de Nutrición Para Mujeres, Infantes, y Niños).

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

No fui para el cuidado prenatal

↳ PASE A LA PREGUNTA #48

41. ¿A dónde fue usted para su cuidado prenatal? **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, la respuesta es para el lugar en donde consiguió la mayoría de su cuidado.**

- Oficina de médico privado 1
- Plan de Asistencia Médica (HMO) Por ejemplo, Kaiser 2
- Clínicas de la comunidad/ clínicas gratuitas 3
- Clínica para planificación familiar 4
- Otro sitios 5

42. ¿Recibió cuidado prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

Sí 1 → PASE A LA PREGUNTA #44

No 0

43. ¿Algunas de las siguientes cosas le impidió conseguir cuidado prenatal tan pronto como hubiera querido? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si si o **N (No)** si no.

- a. No podía conseguir una cita más temprano . . . . . S N
- b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas . . . S N
- c. No tenía mi tarjeta de Medi-Cal S N
- d. Tuve problemas encontrando un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal . S N
- e. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal . . . . . S N
- f. No tenía cómo llegar a la clínica o a la oficina del doctor . . . . . S N
- g. No había nadie para cuidar a mis hijos . . . . . S N
- h. Tenía demasiados problemas que resolver . . . . . S N
- i. No podía salirme de mi empleo S N
- j. El doctor o mi plan de salud no daban servicios más temprano S N
- k. No quería que nadie supiera que estaba embarazada . . . . . S N
- l. No sabía que estaba embarazada S N
- m. No podía encontrar un doctor o enfermera que hablara mi idioma . . . . . S N
- n. ¿Tuvo algún otro problema para recibir cuidado prenatal? . . . . . S N

**Por favor díganos:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

44. ¿Qué distancia viajó (un sentido) para recibir el cuidado prenatal?

- Menos de 5 millas . . . . . 1
- 5-14 millas . . . . . 2
- 15-29 millas . . . . . 3
- 30-50 millas . . . . . 4
- Más de 50 millas . . . . . 5

45. **Durante** su **primera** o **segunda** cita de cuidado prenatal, ¿fueron éstas parte de su visita?

- a. Su presión arterial fue medida . . . . . Sí No No sé
- b. Usted dio una muestra de su orina . . . . . Sí No No sé
- c. Tomaron una muestra de sangre . . . . . Sí No No sé
- d. Tomaron su altura y peso . . . . . Sí No No sé
- e. Tuvo un examen pélvico (Papanicolaou) . . . . . Sí No No sé
- f. Su doctor preguntó por los antecedentes de su salud . . . . . Sí No No sé
- g. Tuvo un ultrasonido . . Sí No No sé
- h. Su doctor le preguntó sobre haber estado expuesta al plomo . . . Sí No No sé

46. Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, ¿le habló un médico, enfermera, u otro trabajador de la asistencia médica sobre cualquiera de las cosas en la siguiente lista? Cuente solamente las discusiones, no materiales para leer ni los videos.

- a. La forma como fumar cigarrillos durante el embarazo puede afectar a mi bebé . . . . . Sí No No sé
- b. Como dar pecho para la nutrición de mi bebé . . . . . Sí No No sé
- c. Como tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . . . Sí No No sé
- d. Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo . . . . . Sí No No sé
- e. Los métodos anticonceptivos que puedo usar después de mi embarazo . . . . . Sí No No sé
- f. Las medicinas que puedo tomar con seguridad durante mi embarazo . . . . . Sí No No sé
- g. La forma de como el uso de cualquier tipo de drogas puede afectar a mi bebé . . . Sí No No sé
- h. Qué hacer sí comenzaban mis dolores de parto antes de tiempo . Sí No No sé
- i. Como hacerse una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) Sí No No sé
- j. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . Sí No No sé
- k. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en mi familia Sí No No sé
- l. Le pregunto si se sentía ansiosa o con depresión . . . . . Sí No No sé

m. Como vacunarse contra la gripe . . . . . Sí No No sé

n. Como vacunarse contra H1N1 . . . . . Sí No No sé

o. Información sobre la exposición al plomo . . . . . Sí No No sé

p. La cantidad apropiada de peso que debía de aumentar . . . . . Sí No No sé

**¿Cuánto peso le recomendaron que aumentara?**

\_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

47. Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que recibió durante su último embarazo. **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste por el lugar donde obtuvo su cuidado la mayoría del tiempo.**



- a. La cantidad de tiempo que tuvo que esperar después de que llegó a su visita. 1 . . . . . 2 . . . . . 3
- b. La cantidad de tiempo que el doctor o la enfermera paso con usted durante visitas. 1 . . . . . 2 . . . . . 3
- c. Los consejos que recibió sobre cómo cuidarse. 1 . . . . . 2 . . . . . 3
- d. La comprensión y el respeto que el personal demostró hacia usted. 1 . . . . . 2 . . . . . 3

48. ¿Usted recibió estas vacunas **durante** su embarazo?

- a. Gripe anual/estacional . . . . . S N
- b. H1N1 . . . . . S N